



Punto Cero. Universidad Católica  
Boliviana

ISSN: 1815-0276

puntocero@ucbcbba.edu.bo

Universidad Católica Boliviana San Pablo  
Bolivia

Gottero, Laura

Dengue en la agenda pública argentina: relatos institucionales sobre los brotes en la  
frontera noroeste (2009-2013)

Punto Cero. Universidad Católica Boliviana, vol. 20, núm. 31, 2015, pp. 21-34

Universidad Católica Boliviana San Pablo

Cochabamba, Bolivia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=421842827004>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

# Dengue en la agenda pública argentina: relatos institucionales sobre los brotes en la frontera noroeste (2009-2013)

## Dengue in Argentina's Public Agenda: Institutional Narratives about Occurrences in North West Frontier (2009-2013)

**Laura Gottero**

Argentina. Licenciada en Ciencias de la Comunicación (Universidad de Buenos Aires - UBA), Doctora en Ciencias Sociales (UBA), Becaria Posdoctoral del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Actualmente trabaja como investigadora y docente del Centro de Justicia y Derechos Humanos en la Universidad Nacional de Lanús (CDHUNLa), Buenos Aires. La autora declara no tener conflicto de intereses con Punto Cero ni con ningún miembro de su Comité Editorial.

**lauritagottero@gmail.com**

GOTTERO, Laura (2015). "Dengue en la agenda pública argentina: relatos institucionales sobre los brotes en la frontera noroeste (2009-2013)". Punto Cero, Año 20 – N° 31 – 2° Semestre 2015. Pp. 21-34. Universidad Católica Boliviana "San Pablo". Cochabamba.

### RESUMEN

El presente trabajo aborda la caracterización de la zona de frontera norte de la Argentina en documentos oficiales enmarcados en la campaña contra el dengue, la que fue constituida como objetivo a partir del 2009 con el Plan Nacional de Prevención y Control del Dengue y la Fiebre Amarilla. Así, se estudian en profundidad los rasgos discursivos de los folletos de comunicación publicados y difundidos por el Ministerio de Salud argentino en el lapso 2012-2014, destinados a la información sobre síntomas y modos de prevención del contagio de dengue. Aquí podrá observarse cómo la imagen de la frontera se constituye como un hito a partir del que se definen los diagnósticos, las narraciones sobre los brotes y la descripción de las soluciones más adecuadas, en desmedro de explicaciones más estructurales o profundas sobre la prevalencia del dengue en el país y la situación socioeconómica de las áreas más afectadas.

**Palabras clave:** Dengue, Argentina, frontera, migraciones, comunicación, Estado.

### ABSTRACT

This work deals with the characterization of the northern border of Argentina in official documents framed in the campaign against dengue, established as an objective starting in 2009 with the National Plan for Prevention and Control of Dengue and Yellow Fever. So, this article studies in depth the discursive features of communication brochures published and disseminated by the Ministry Argentine Health in the period 2012-2014, for the information on symptoms and ways of preventing the spread of dengue. Here you can observe how the image of the border is constituted as a milestone, from which the diagnoses are defined, the stories about outbreaks and description of the most appropriate solutions at the expense of more structural or deep explanations on the prevalence of dengue in the country and the socioeconomic situation of the most affected areas.

**Keywords:** Dengue, Argentina, borders, immigration, communication policy, government.

### RÉSUMÉ

Cet article fait une esquisse sur les caractéristiques de la zone de frontière nord de l'Argentine dans de documents officiels qui ont été produits dans la lutte contre la dengue, constituée comme objectif depuis l'an 2009 dans le « Plan National de Prévention et Control de la Dengue et la Fièvre Jaune ». De telle sorte, l'on étudie en profondeur les traits discursifs des matériels de communication publiés et diffusés par le Ministère de Santé argentin, parmi les années 2012 et 2014, destinés à l'information sur les symptômes et moyens de prévention de la transmission de la dengue. On pourra apprécier la façon dont l'image de frontière se constitue comme un point de repère à partir duquel l'on définit le diagnostic, les narrations sur les éruptions et la description des meilleures solutions, en laissant de côté des explications plus structurales ou en profondeur sur la prévalence de la dengue dans le pays et la situation socioéconomique des aires les plus touchés.

**Mots-clés :** Dengue, Argentine, frontière, migrations, communication, Etat.

## Introducción

En los relatos epidemiológicos sobre enfermedades vectoriales, la estructura de la “narrativa sanitaria” siempre respeta ciertos tópicos, ritmos y encadenamientos causales, de tal manera que podría establecerse una suerte de estructura dentro de la cual se vierten los contenidos específicos sobre las enfermedades que, en cada momento sociohistórico, ingresan en la agenda política como cuestiones de salud pública. Siguiendo la premisa de la existencia de esas constantes discursivas, en este tipo de relatos sanitarios estatales sobre enfermedades transmitidas por vectores se identifica una figura central, que opera como metáfora, metonimia y haz de significaciones que define un escenario de actores sociales implicados de diferente manera en la problemática que concita el interés público. Dicha figura es la de la frontera, extendida hacia los territorios fronterizos o bien hacia los países limítrofes, que construye un sistema de significaciones dinámicas con importantes implicancias políticas y sociales en términos regionales.

Teniendo en cuenta esa premisa, en este artículo<sup>1</sup> se analizan en profundidad los rasgos discursivos de los materiales de comunicación publicados y difundidos por el Ministerio de Salud argentino en el lapso 2012-2014, destinados a la información sobre síntomas y modos de prevención del contagio de dengue. Aquí podrá observarse cómo la imagen de la frontera se constituye como un hito a partir del que se definen los diagnósticos, las narraciones sobre los brotes y la descripción de las soluciones más adecuadas. En el marco de esta configuración discursiva, se incorporan valoraciones y asociaciones de sentido sobre todos aquellos elementos que, de una manera u otra, se encuentran vinculados con “lo fronterizo”; específicamente y de manera primordial, se instauran fuertes operaciones simbólicas sobre las migraciones, los países vecinos y la movilidad de personas, por oposición al debate y el reconocimiento de otros factores causales de los brotes de dengue relacionados con las condiciones socioeconómicas de vida, tales como la falta de provisión de agua potable, la existencia de basurales a cielo abierto o el deficiente trazado urbano.

## 1. Transición epidemiológica en América Latina: el dengue como desafío persistente

El presente epidemiológico en la región sudamericana se encuentra caracterizado por la denominada “transición epidemiológica”, ya citada en el inicio de este capítulo, que se vincula directamente con la coexistencia de enfermedades transmisibles y de enfermedades no transmisibles. Dado que ambas requieren una estrategia de abordaje distinta, la situación se revela muy compleja en los países del Cono Sur, los cuales no han podido alejarse de la incidencia de afecciones propias de la desigualdad socioeconómica (las enfermedades vectoriales son un ejemplo) pero que a la vez van sufriendo un aumento de casos por síndromes no contagiosos que elevan el riesgo poblacional (como el ocasionado por los problemas cardíacos). El escenario epidemiológico fue caracterizado entonces como un “mosaico epidemiológico” en el que los países más desiguales tuvieron que afrontar tres fases de la evolución de las enfermedades al mismo tiempo:

En las naciones industrializadas, la evolución de las características de las enfermedades se extendió por más de un siglo y procedió en tres etapas bien definidas. La primera, caracterizada por las enfermedades infecciosas que acompañan a la pobreza, la malnutrición y la higiene ambiental y personal inadecuada, fue cediendo poco a poco, gracias al mejoramiento de la vivienda y el saneamiento, a una mayor disponibilidad de agua potable y a los servicios de vacunación. En la segunda etapa, enfermedades degenerativas tales como las cardiopatías, los accidentes cardiovasculares y el cáncer [...] La tercera etapa refleja una creciente preocupación por los problemas de salud causados por la exposición a la contaminación ambiental y a las condiciones sociales cambiantes en la familia, la comunidad y el lugar de trabajo, que favorecen la violencia, el uso indebido de alcohol y la farmacodependencia. Una de las características que distingue a los países en desarrollo respecto a la situación de salud es que mientras en las naciones desarrolladas las tres etapas mencionadas transcurrieron sucesivamente durante más de un siglo, en los países en desarrollo hay que hacer frente a las tres etapas al mismo tiempo (Guerra de Macedo en BUCK et. al. 1998: ix).

El mosaico epidemiológico devuelve la discusión sobre los factores causales al plano social, pero requiere de una discusión renovada y cimentada sobre los hallazgos de la experiencia. Tal como sugiere Nájera (cf. BUCK et. al., 1998), el desafío parece surgir en la construcción de una suerte de socioepidemiología que le devuelva su centralidad a lo social:

No me cabe duda que los factores sociales siempre han sido los más importantes en el desarrollo de la mayoría de las enfermedades [...] El problema puede que estriben en que todavía no disponemos de los instrumentos apropiados ni de la metodología correcta para estudiar de manera científica los factores sociales (Nájera en Buck et. al. 1998: 889).

Tal como afirman Almeida Filho y Rouquayrol (cf. 2008), la causalidad social de las enfermedades infecciosas y transmisibles revela los límites del modelo biomédico para comprender las condiciones de producción de ciertas afecciones. Tanta es la vinculación entre desigualdad socioeconómica con la incidencia de esas enfermedades, que la respuesta más eficiente se orienta a la transformación social, por más utópica que ésta parezca:

En los países subdesarrollados y aquéllos en vías de desarrollo, la etiología de las enfermedades infecciosas está tan fuertemente vinculada a la pobreza que la propuesta más radical (y ciertamente la única viable en ese sentido) para removerlas casi en su totalidad sería la 'erradicación' de las inequidades sociales (ALMEIDA FILHO y ROUQUAYROL 2008: 52).

## 2. Caracterización del dengue e incidencia global

El virus del dengue se transmite por un mosquito, el *Aedes aegypti*, de intensa circulación en el Cono Sur. Cuando este insecto "pica" y extrae sangre de una persona infectada con la enfermedad, está en condiciones de propagarlo con el siguiente individuo con el que tome contacto. De allí la condición vectorial de esta enfermedad: el mosquito constituye el conductor del virus del

dengue desde un sujeto que lo posee hacia otro aún sano, sin que ambos deban entrar en contacto.

En cuanto a la historia del dengue, su transmisión a través de los mosquitos fue demostrada en 1903. En 1906 llegó a caracterizarse el virus y se lo pudo aislar mediante actividad de laboratorio en 1944. Esta enfermedad presenta tres serotipos o variantes: DEN1, DEN2, DEN3, y DEN4. El contagio de uno de los serotipos brinda inmunidad para siempre sólo para esa variante y para todas las demás durante poco tiempo: por eso, una persona puede llegar a tener las cuatro formas de dengue en el transcurso de su vida<sup>2</sup>, y en situaciones propicias para la incidencia de esta enfermedad. No obstante, la detección del virus se vuelve dificultosa pues sus síntomas son similares a los de una gripe muy fuerte: fiebre, dolor de cuerpo y profundo cansancio general, entre otros signos. Por esa razón, el caso confirmado siempre surge de un análisis de laboratorio, pero en situaciones de brote epidémico, sólo una pequeña parte de los casos son estudiados de esa manera. Para el resto, se decide el diagnóstico de dengue por la sintomatología compatible con esta enfermedad. Asimismo, el porcentaje de casos denunciados constituye siempre una fracción del total, tal como explican Tarragona et al. (2012): por cada 1,6 casos de dengue hospitalizado, hay 3,2 que deberían haber recibido la misma atención y no la tuvieron; mientras que por cada caso diagnosticado hay un rango de 10 a 27 casos de dengue no confirmados:

En todos los países en los que se han presentado brotes de dengue hay evidencia de que las cifras oficiales subestiman el verdadero número de casos, lo que pone de manifiesto la necesidad de considerar factores de expansión que permitan realizar estimaciones más aproximadas [...] Para el total de casos se estima que, en promedio, por cada caso notificado existen 6 casos no detectados por las estadísticas sanitarias oficiales (TARRAGONA et. al. 2012: 160).

De acuerdo con OMS-OPS (cf. 2011), esta enfermedad llegó a ser endémica en las Américas, en Asia Sudoriental, el Pacífico Occidental, el Mediterráneo Oriental y las regiones tropicales de África. Para Ortiz (cf.

2005), el dengue sigue siendo un problema de salud pública extendido y grave en las Américas, y las cifras globales confirman esta afirmación: expone la autora que dos quintas partes de la población mundial están en riesgo y más de 100 países han sufrido brotes de dengue o de dengue hemorrágico. Se calcula que por año hay 50 millones de casos de dengue, de los que 500 mil personas deben ser hospitalizadas y 20 mil mueren.

Con respecto a la dimensión urbana de la incidencia del dengue, señala Breihl (cf. 2010) que la epidemiología que hace foco en el nivel urbano requiere analizar de manera articulada tres dimensiones: el espacio, la geografía urbana y la ecología urbana. El espacio es la categoría más amplia, donde se recorta la geografía urbana, “que abarca el conjunto dinámico de procesos naturales transformados históricamente, ubicados y localizados en la ciudad”. La ecología urbana se refiere a las relaciones de especies entre sí en la ciudad, y en su interacción con el medio orgánico y el inorgánico. Pese a esta distribución, la mirada que articule dichas dimensiones resulta imprescindible para comprender las implicancias sociales de la propagación de una enfermedad:

La salud humana y los ecosistemas son objetos que incluyen procesos de carácter biológico socialmente determinados. Cuando pensamos sobre dicha denominación social de la salud, si queremos cuidar una perspectiva dialéctica que no recaiga en el determinismo biológico ni en el determinismo histórico, tenemos que trabajar las relaciones ‘social-biológico’ y ‘sociedad-naturaleza’, de tal manera que ninguna de las partes pierda su presencia en la determinación (BREIHL 2010: 87).

### 3. Dengue en Argentina: relatos sobre la reemergencia del virus

La caracterización del dengue como enfermedad vectorial, y su incidencia en el Cono Sur, permite reconocer y comprender su peso en la agenda sanitaria argentina. El registro de los distintos episodios epidémicos y su visión desde el Estado nacional será recuperado y comentado desde el Boletín Epidemiológico Periódico especial sobre

dengue (2009), que trató esta problemática en distintas reuniones durante el periodo seleccionado para este artículo. En el mismo sentido, se expondrán algunos indicadores del Censo de Argentina realizado en el año 2010 que permitirán avanzar en la discusión sobre las construcciones simbólicas que operan sobre las provincias argentinas con mayor incidencia de dicha enfermedad vectorial. Estas jurisdicciones, a la vez, se sitúan en región de frontera y por ello se hallan atravesadas por una multiplicidad de discursos que construyen una relación entre los brotes y la cercanía con los países limítrofes, como si aquéllos fueran una consecuencia indeseada de esta coexistencia geográfica.

El dengue es una enfermedad reemergente en Argentina, que en 1990 apareció nuevamente con una intensidad similar a la de los brotes de las primeras décadas del siglo XX, lo que dio muestras, para los especialistas, de las falencias en las estrategias sostenidas de prevención y control (cf. CHUIT, 2000). La irrupción notoria de esta enfermedad vectorial marcó la precaria transición epidemiológica que se intentaba sostener desde los discursos políticos, médicos y sociales, puesto que como afirma Ortiz (cf. 2005):

[...] la presencia de enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes nos recuerda que Argentina no ha dejado atrás los riesgos sanitarios de los países en vías de desarrollo, a pesar de su clara transición epidemiológica hacia un perfil más desarrollado. Las enfermedades emergentes deben ser entendidas además, en un contexto de emergencia sanitaria, en el que la desnutrición, la pobreza, el desempleo e inequidades favorecen su aparición y propagación (ORTIZ 2005: s/n).

En épocas de circulación extendida —como es el caso de la epidemia del 2009—, en la Argentina se hallaron enfermos de los cuatro serotipos (DEN1, DEN2, DEN3, DEN4), pero en líneas generales son más frecuentes los casos de tipo 1 y 2. Como se calcula que la mayoría de la población argentina nunca tuvo dengue, se considera que esa gran cantidad de personas presenta un riesgo de primer contagio. Sin embargo, es preciso señalar que el segundo contagio de dengue acarrea un riesgo mayor de contraer dengue hemorrágico,



cuadro de mayor gravedad y que requiere de atención urgente pues puede ser mortal.

Los manuales y guías publicados por el Ministerio de Salud argentino, que tratan la prevención y el control sobre dengue<sup>3</sup>, lo asocian con un “desorden ambiental” caracterizado por una selección de factores que se repiten en gran parte del corpus documental. Entre estas causales se cuentan: la urbanización acelerada y no planificada, “las migraciones” (sic) —sin aclarar cuáles variables de este fenómeno entrarían en juego—, la contaminación ambiental y ciertas condiciones de infraestructura que impiden el normal drenaje de agua<sup>4</sup>. De esta manera, se afirma que el mosquito *Aedes aegypti* es principalmente un vector con hábitos domiciliarios y urbanos. Por ello, en las casas y en los barrios o vecindades resulta preciso articular acciones de prevención y control de reproducción del insecto.

El dengue suele manifestar su incidencia en las temporadas más cálidas del año, cuando hay mosquitos adultos que pueden expandir el virus entrando en contacto con humanos. El vector está en condiciones de multiplicarse de manera estable o, por lo menos, durante 9 meses por ciclo anual, de allí que las acciones de control vectorial deban ser sostenibles en el tiempo.

La mayoría de los materiales informativos oficiales del MSAL sobre dengue hacen hincapié en las condiciones hogareñas o domésticas para que el mosquito se reproduzca: el agua estancada en jardines, a la sombra, donde la humedad y la temperatura son óptimas para que las hembras *Aedes aegypti* depositen los huevos en la superficie. Asimismo, existen ciertos recipientes donde existe mayor facilidad de reproducción del insecto por la cantidad de agua que pueden juntar (neumáticos de auto volcados, contenedores de agua muy grandes, etc.), así como el pasto crecido es un factor que aumenta la humedad y disminuye el calor del suelo, lo que posibilita que los huevos lleguen a ser pupas y, luego, mosquitos. El objetivo de evitar la reproducción de las hembras resulta crucial en la prevención, dado que necesitan sangre cuando están por poner los huevos y es en ese momento cuando, si están infectadas,

pueden transmitir la enfermedad a las personas. No obstante, hay un bajo riesgo de que las hembras pasen la infección a sus huevos: por lo general, la multiplicación de mosquitos infectados se produce directamente cuando, siendo adultos, pican a personas enfermas de dengue.

Con respecto a la cronología de los brotes en Argentina, el Boletín Epidemiológico Periódico (BEP) del MSAL, en su edición especial sobre dengue (primer semestre de 2009) se refirió a la cronología de los brotes en el país. La emergencia de la enfermedad sucedió en 1916, cuando un brote en la zona mesopotámica a lo largo del río Uruguay afectó al 50% de la población residente en las provincias de Corrientes y Entre Ríos. En 1926 sucedió un nuevo brote en la misma zona, que llegó hasta la ciudad de Rosario. En 1965, la OMS certificó la erradicación del mosquito *Aedes aegypti*, y su ausencia duró 20 años. En 1985 se detectó nuevamente y, con él, volvieron las posibilidades de contraer esta enfermedad, además de la fiebre amarilla. Ello sucedió 12 años después, con el reingreso del virus en Salta y el primer brote reemergente en 1998. Desde ese año, el documento del MSAL refiere brotes en casi todos los años hasta el 2009: 1999 (Salta), 2000 (Formosa y Misiones), 2002 (Salta), 2003 (Salta), 2004 (Salta, Jujuy y Formosa), 2006 (Salta y Misiones), 2007 (Corrientes y Salta) y 2008 (Salta).

Sobre la reaparición de esta enfermedad vectorial, el citado Boletín caracteriza los brotes realizando afirmaciones sobre su procedencia nacional o “importada”, adelantando una tendencia que se observará en todo el corpus documental:

Desde el ingreso del virus en Argentina, entre 1997 y hasta el 2008, se registraron 3451 casos confirmados de dengue. El 14,7% (509 casos) fueron importados. Las provincias que notificaron casos autóctonos fueron cinco: Salta, Jujuy, Formosa, Corrientes y Misiones. Hasta el año 2008, los casos autóctonos se originaron a partir de uno o más casos iniciales importados y aparecieron en regiones limítrofes, distribuidos en brotes, ocurridos en diferentes localidades de las provincias de Salta, Jujuy, Misiones, Formosa y

Corrientes (Boletín Epidemiológico Periódico 2009: 10).

Nótese en este breve diagnóstico de situación la mención clara a los casos importados, aun cuando éstos no corresponden a la mayoría de confirmaciones. Y que, al referirse a los casos autóctonos en provincias de frontera, afirman el inicio detectado en un caso importado. En ningún momento se hace alusión a las condiciones de reproducción del mosquito en las zonas de mayor incidencia, puesto que el caso importado en cuestión sólo pudo iniciar un brote si existe una comunidad de *Aedes aegypti* para causarle una picadura y luego transmitir el virus a otra persona.

Esta clausura simbólica de las alternativas de explicación se contradice con el apartado del Boletín que aborda, con el título “Causas probables de la reemergencia del dengue en el país”, los factores que habrían provocado el regreso de los brotes en Argentina. En la enumeración de posibilidades se puntualizan: a) el aumento de la población de mosquitos (sin especificar los motivos de este fenómeno); b) el calentamiento global; c) mediante la definición de “macro determinante socio-cultural”, se engloban las situaciones derivadas de la desigualdad socioeconómica, como las deficiencias de infraestructura (“abastecimiento de agua, insuficientes redes cloacales y de recolección de desechos sólidos”, BEP, 2009: 12), urbanización desordenada en combinación con un incremento de la pobreza, débil participación social, y un “crecimiento permanente de intercambios internacionales tanto de viajeros como de productos de diversa índole” (BEP, 2009: 12). De manera paralela a la mención de los viajeros, el reconocimiento de los factores socioeconómicos de incidencia de dengue no se relaciona, en el discurso del documento, con la predominancia de casos autóctonos en las provincias de frontera citadas, aunque justamente éstas son las que presentan índices socioeconómicos que dan cuenta de esta situación, tal como puede inferirse de fuentes oficiales como los resultados del Censo 2010<sup>5</sup>.

#### 4. Censo 2010: información actualizada sobre salud, vivienda y saneamiento

El cruce entre las estadísticas sobre condición socioeconómica de regiones con alta

incidencia de dengue y la cantidad de casos registrados en cada área nos permite, así, observar la disposición y la dinámica de los meridianos de la pobreza y la enfermedad, así como habilita la vinculación entre situaciones epidemiológicas y vulnerabilidad social (cf. ORTIZ e INSÚA, 2003).

De acuerdo con los resultados publicados del Censo 2010, de las 24 provincias argentinas hay tres provincias donde, sobre el total de población, la mayoría de las personas no poseen cobertura de salud mediante obra social o plan de salud prepago<sup>6</sup>: Formosa, Chaco y Santiago del Estero. Las tres tienen una elevada incidencia de dengue y suelen manifestar los primeros brotes en etapas de circulación viral. Asimismo, dos de ellas (Formosa y Chaco) se refieren con frecuencia en el corpus documental, en tanto su carácter fronterizo y cercano con países donde hay dengue: Paraguay y Bolivia. El resto de las provincias fronterizas del norte argentino (Misiones, Jujuy y Salta) poseen casi un 50% de población sin cobertura de obra social o plan prepago de salud<sup>7</sup>.

#### Cuadro N° 6

##### Población en viviendas particulares según posean o no cobertura de salud, por provincia

Provincia	Población total	Con cobertura de salud	Sin cobertura de salud
Jujuy	666.852	365.139	301.713
Salta	1.202.754	630.035	572.719
Chaco	1.048.036	440.919	607.117
Formosa	527.023	227.205	299.818
Misiones	1.091.318	615.353	475.965
Santiago del Estero	867.779	382.346	485.433

Fuente: INDEC, Censo 2010

Sin embargo, debido a que el acceso a la de salud en Argentina siempre tiene el respaldo — más o menos fuerte, según el caso — del sistema público que garantiza un mínimo de cobertura universal, será necesario recurrir a otros indicadores rastreados en el Censo para

indagar sobre las condiciones de vida de las provincias más afectadas por el dengue. Y un camino viable para ello se encuentra en la consulta de los índices sobre la calidad y el estado de los materiales con los que se construyeron las viviendas particulares. El noreste y el noroeste argentinos muestran los índices más bajos de materiales aceptables (NEA, 47,1%; NOA, 40,1%), mientras que exhiben los más elevados de recuperables (NEA, 40,4%; NOA, 47,3%), y de irreuperables (NEA, 12,5%; NOA, 12%)<sup>8</sup>.

En relación con la disponibilidad de agua de red en cada provincia, refiere el informe del Censo que “el acceso al agua de red es uno de los principales motores de la salud pública. Disponer de este servicio es vital, dado que contribuye a mejorar cualitativamente la satisfacción de necesidades cotidianas como el consumo personal de agua potable, la higiene personal y la limpieza de los alimentos y la vivienda” (INDEC, 2012: 233). Con referencia a esta dimensión se observa una variabilidad del panorama en las provincias citadas, puesto que en algunas se registran valores del orden del 70% —que son los más bajos del total— y en otras superan el 90%, como se observa a continuación:

**Cuadro N° 7**

**Población en viviendas particulares según disponibilidad de agua de red, por provincia**

Provincia	Población total	Con disponibilidad de agua de red	Porcentaje
Jujuy	666.852	635.789	95,4%
Salta	1.202.754	1.101.033	91,6%
Chaco	1.048.036	798.033	76,2%
Formosa	527.023	405.145	76,9%
Misiones	1.091.318	765.624	70,1%
Santiago del Estero	867.779	652.747	75,2%

Fuente: INDEC, Censo 2010

La disponibilidad de desagüe cloacal constituye el otro indicador disponible que ha sido medido en el Censo. Si bien esta

dimensión no se vincula necesariamente con la provisión de agua de red o con la higiene ambiental, sí da cuenta de una situación general con referencia a la infraestructura urbana y el saneamiento doméstico. Por esa razón, resulta interesante ver los índices publicados, pues en éstos nuevamente las provincias citadas muestran ambivalencia. Las provincias con mayor cobertura de agua de red son, también, las que poseen más disponibilidad de desagües cloacales (Jujuy y Salta). El resto de las provincias, que tienen más del 50% de sus viviendas particulares con agua de red, tienen el 30% o menos de desagües cloacales.

**Cuadro N° 8**

**Población en viviendas particulares según disponibilidad de desagües cloacales, por provincia**

Provincia	Población total	Con desagüe cloacal	Porcentaje
Jujuy	666.852	402.339	60,4%
Salta	1.202.754	728.457	60,6%
Chaco	1.048.036	251.452	24,0%
Formosa	527.023	158.633	30,1%
Misiones	1.091.318	183.915	16,8%
Santiago del Estero	867.779	167.366	19,3%

Fuente: INDEC, Censo 2010

Las estadísticas del último Censo en Argentina sirven para configurar una idea entre servicios básicos y salud. Así también, contribuyen a formar un panorama de la situación de las provincias más afectadas por el dengue que, además, fueron señaladas por su condición de fronterizas con Brasil, Paraguay y Bolivia. La presentación de estos indicadores, siempre insuficientes en la construcción del escenario —pues otros relativos a la gestión de los residuos o a la infraestructura doméstica serían interesantes de relevar para esta tesis, pero no fueron estudiados en el censo—, nos ayuda a visibilizar cómo, antes que provincias de frontera, éstas son regiones afectadas por la desigualdad en salud, lo que incide en su posibilidad de acceder a servicios básicos.



## 5. Materiales de comunicación sobre prevención del dengue: territorios en alerta

Como parte de las estrategias de prevención elaboradas a partir del Plan Nacional de Prevención y Control del Dengue y la Fiebre Amarilla (2009), en el marco del Ministerio de Salud nacional se difundieron diversos materiales de comunicación para la población, destinados a brindar datos operativos e información básica para detectar los síntomas asociados con el dengue, así como para tomar medidas domésticas para evitar la reproducción del mosquito. Esta producción discursiva reconoce dos etapas claves: la primera fue difundida de manera inmediata a la epidemia del 2009, que consiste en diversos folletos, dípticos y trípticos que forman parte de la estrategia de comunicación y movilización que se desprende de los lineamientos formulados por el Plan referido. La segunda fase combina una nueva tanda de folletos con un diseño gráfico diferente con dos obras literarias destinadas a los niños: una historieta (*Invasión*) y un cuento (*El mosquito Lito*). En todos estos materiales se encuentran referencias claras a la frontera, la cercanía con países limítrofes y las ideas alrededor del viaje o la movilidad. A continuación se presentan los rasgos centrales surgidos del análisis.

### a) Folletos informativos

En este artículo corresponde identificar los materiales que se abordan de manera específica para el debate. Hay una primera etapa de materiales (correspondiente al año 2009) que mantiene un estilo más clásico en materia de promoción de la salud: cuáles son los síntomas, el modo de evitar la propagación del mosquito en el ámbito doméstico y, especialmente, una serie de folletos destinados a avisar al viajero sobre las señales más elocuentes de contagio. En función de la extensión necesaria para este artículo, se dejarán a un lado las observaciones sobre esta etapa de folletos dado que en ésta no pueden apreciarse en profundidad las articulaciones críticas que se discuten en este trabajo<sup>9</sup>. Por el contrario, aquí se prefiere hacer foco en la segunda etapa de producciones gráficas, puesto que en este momento es cuando se

pueden analizar con mayor claridad los lineamientos que construyen la figura de los extranjeros, viajeros y/o migrantes, que son considerados “dignos de cuidado” desde el Estado argentino.

Para comenzar la lectura crítica, el primer paso es exponer una muestra de los materiales gráficos —en este caso, los folletos— que forman parte de las campañas de difusión e información<sup>10</sup>:



Estos folletos fueron





difundidos desde el año 2012 a través de la página web del Ministerio de Salud de la Nación (Argentina), así como tuvieron una circulación en papel por diversos establecimientos de salud del país<sup>11</sup>.

Lo que resulta llamativo en esta serie de materiales es la construcción del enunciatario o destinatario, puesto que se intenta una identificación gráfica con un joven de clase media o media alta de Latinoamérica, Estados Unidos o Europa, siempre de piel blanca. En efecto, la imagen de los viajeros que figura en estos folletos intentaría ejemplificar al lector de esta información. Se lo trata de “usted”, por lo que se instaura una cierta distancia, y al referirse a la sala de primeros auxilios se la menciona como “servicio médico local”, una acepción no empleada en el lenguaje cotidiano argentino.

En otros folletos, los enunciatarios son los miembros de una familia argentina “clásica”: padre y madre, un hijo, con mascota y vehículo (en este caso una casa rodante o camioneta), rumbo a sus vacaciones. Aquí la interpelación en plural, como corresponde a la imagen, en un estilo sencillo pero formal.

Dado que se trata de una producción de materiales orientados a viajeros, el enunciador institucional (estatal: el Ministerio) se muestra amigable y preocupado. Utiliza el bilingüismo y la enumeración de síntomas de manera clara y gráfica para demostrar que, mediante la información, se ejerce el cuidado y que el Estado está presente durante la trayectoria del viajero. No obstante, a través de la elección del inglés como segunda lengua (además del castellano) y la ilustración de los personajes — una mujer rubia, un hombre pelirrojo, ambos con valija descendiendo de un avión y con calcomanías referidas a Francia—, el interlocutor (enunciatario) prefigurado excluye a los migrantes regionales dentro de esos “viajeros” que pueden tener síntomas de dengue.

En ninguna de las cinco producciones publicadas se incluye o caracteriza al migrante limítrofe como un sujeto extranjero pasible de atención y de cuidado. No sólo se exhiben (ilustrados) mochileros de piel blanca y disfrutando del sol, sino que hasta existen turistas algo distraídos o desorientados que necesitan ser informados para no estar en peligro, indicando su procedencia nacional o su último lugar de paso con una calcomanía pegada en su equipaje, que muestra a la bandera francesa y a la Torre Eiffel. La utilización de valijas pequeñas, de vacaciones, y la ilustración del avión como medio de transporte del viajero, así como el dibujo de la familia sonriente a bordo del auto, excluyen la referencia a la población limítrofe que, bien lejos de los aviones y de las mochilas para acampar, emprende un viaje a Argentina con miras a establecerse y forjarse una historia de ese lado de la frontera. Y si quedaba alguna duda a partir de los recursos gráficos, el texto incorporado en estos folletos confirma cualquier suposición: las opciones bilingües ofrecidas por el Ministerio de Salud eluden la

traducción al guaraní o al aymara, y abogan por una comunicación en inglés, clásica y bien definitoria de las poblaciones extranjeras a las que se pretendería proteger —desde esta construcción simbólica— en los servicios de salud.

### **b) Producciones “pedagógicas”**

En este grupo se incluyen los dos relatos que incorporan un aspecto literario pero que tienen un fin claramente educativo o pedagógico. Se trata de una historieta (*Invasión*, 2013) y un cuento infantil (*El mosquito Lito*, 2013)<sup>12</sup>.

#### ***Invasión***

*Invasión* es una historieta infantil cuyo argumento se estructura sobre la decisión de un grupo de chicos de barrio de responder ante una “amenaza” que afecta al barrio: la existencia de mosquitos que transmiten el dengue, los que son contruidos como enemigos locales y deben ser eliminados para proteger a las personas de la comunidad. La historia se inicia cuando un anciano conocido por los niños, Don Pedro, tiene mucha fiebre y dolor de cuerpo pero no está resfriado; por eso una médica supone que puede tener dengue. A partir de este indicio los niños conocen la existencia de esta enfermedad y se proponen luchar contra el vector formando un equipo de trabajo comunitario al que llaman “los dengadores”, con el que recorren su comunidad ayudando a prevenir el dengue.

La finalidad de este material es ofrecer un producto cultural para los niños que, a la vez de promover la lectura, ahonde sus conocimientos sobre la prevención del dengue. El uso de la lengua es coloquial y abunda en intervenciones expeditivas: no hay descripciones ni reflexiones de los personajes que no conduzcan a una acción aunque, como veremos, los presupuestos que guían a las tomas de decisiones están cargados de estereotipos y de cristalizaciones ideológicas que van más allá de la prevención epidemiológica.

En el nivel de las ilustraciones, el lenguaje gráfico permite la identificación de algunos elementos interesantes:

- Mientras la mayoría de los chicos es de piel clara y se viste con ropas comunes para cualquier niño, el personaje más vehemente en sus declaraciones y decidido para la acción posee tez oscura y viste la camiseta argentina. El hombre mayor con síntomas compatibles con un cuadro de dengue (Don Pedro) también es de tez oscura.
- La médica que atiende a Don Pedro y le explica a los chicos es una mujer blanca, delgada, bonita y de ojos claros.
- La mayoría de las personas a las que los niños —mediante la estrategia de “los dengadores”— ayudan a realizar el control vectorial son de tez oscura y rasgos indígenas: agricultores, amas de casa ancianas y embarazadas, y personas que están construyendo su casa. El único blanco es un señor mayor que limpia los desagües en el techo del que parece ser su hogar, pero está acompañado de una joven indígena que tapa el tanque de agua.

En el nivel del lenguaje, otras son las marcas que merecen destacarse:

- El niño que lleva una camiseta argentina de fútbol es el más agresivo contra el mosquito, al que lo asocia con un enemigo que se lleva “nuestra sangre” —en esta mención puede advertirse una construcción metafórica que vinculan a la sangre propia con el ser nacional—: “¡Desgraciados chupasangre! De acá no se llevan ni una gota más de sangre” afirma, refiriéndose al *Aedes aegypti*.
- El virus es definido como algo extraño, desconocido, frente al que hay que protegerse. La configuración de la amenaza externa que comienza en el mismo título de la historieta (*Invasión*) da cuenta de la condición extranjera, foránea, del dengue. En ese sentido, un personaje que es representante de una “brigada sanitaria” —equipo que en su denominación resume la perspectiva de seguridad en el abordaje de la salud— les advierte que “este enemigo está muy cerca nuestro”. Por eso, los chicos acentúan la dimensión de pertenencia con respecto a



la prevención, tomando la decisión de trabajar en equipo: “El que se mete con uno de nuestro barrio... ¡¡¡se mete con todos!!!”. La amenaza de contagio se funde acá con la existencia de un afuera que debe frenarse, bloquearse en su entrada, para permanecer protegidos.

### ***El mosquito Lito (2013)***

Este cuento infantil, escrito con versos que riman, recupera la temática de la invasión vista en la historieta. Pensada para niños más pequeños, *El mosquito Lito* inicia su relato sentando una premisa: “El mosquito Lito nos quiere invadir, ¡pero entre todos lo tenemos que impedir!”. Ahonda en las condiciones domésticas de reproducción del vector y muestra cómo éste va en busca del agua “para instalar su casa”. De esta manera, el cuento avanza dando opciones para evitar la acumulación de agua en el hogar, y también para el control focal, llamado “descacharrado”, el que se debe realizar en conjunto para obtener el éxito: “Así entre todos logramos descacharrizar, ¡y el mosquito Lito se tiene que marchar!”.

La finalidad de esta obra es ofrecer a los niños pequeños dos recomendaciones básicas sobre prevención del dengue: eliminar la acumulación de agua vaciando y dando vuelta los recipientes —o poniéndoles una tapa— y desechar los objetos que puedan originar charcos o pequeñas cantidades de agua estancada (neumáticos, macetas viejas, botellas, etc.) donde el *Aedes aegypti* se reproduzca (o “poner su casa”). El lenguaje es poético pero claro: abunda en instrucciones rimadas y establece de manera explícita la condición de invasor del mosquito y la necesidad de echarlo de los espacios de vida cotidiana.

La noción del mosquito como ajeno al espacio cotidiano y al que se debe erradicar porque “no es parte”, remite a la noción de invasión de la historieta referida en el apartado anterior.

El sobreentendido más fuerte de este relato se vincula con la condición doméstica del contagio de dengue y la centralización del mosquito como el factor de contagio. No se

hace mención a las condiciones socioeconómicas de vida cotidiana, salvo las que se vinculan con costumbres puntuales que pueden ser modificadas por las personas de manera inmediata. De esta manera, el “final feliz” del cuento está evidenciado en el plano gráfico: al inicio del relato aparecen dos páginas con todos los recipientes destapados y llenos de agua, mientras que al final se muestran los mismos envases dados vuelta sin agua.

A partir del objetivo de “echar al ajeno” se plantea una dicotomía entre “los nuestros” y “los invasores” donde la participación comunitaria y el trabajo en equipo ocupan un lugar preponderante. En las ilustraciones se encuentran personas del barrio que colaboran de manera espontánea, sin la intervención estatal o especializada. En tanto, el uso del nosotros inclusivo interpela y convoca a los enunciatarios para comprometerse en la prevención.

### **Conclusiones**

A través del estudio de materiales de comunicación expuestos brevemente en este artículo, pueden observarse algunas constantes discursivas del relato oficial acerca del dengue en Argentina. En principio, se identifica una cuestión central: la invisibilización de la migración regional, detrás de la construcción del viajero con los rasgos del estereotipo europeo. Esta operación simbólica se refuerza con la idea de amenaza y peligro que se debe expulsar del territorio nacional. Estas dos observaciones permiten mostrar cómo se construye la imagen del extranjero digno de cuidado desde la óptica estatal, y la configuración de un viajero limítrofe cuya movilidad territorial está cargada de la responsabilidad de desencadenar un brote en la región argentina donde se asienta. En este contexto, el derecho a la salud como marco de una política de prevención se difumina detrás de una preeminencia de la variable nacional que se manifiesta tanto desde el criterio de caracterización de sujetos dignos de cuidado y prevención del dengue, como desde la referencia literaria —utilizada



con fines pedagógicos— a la invasión y a la amenaza a “nuestra sangre”, como puede leerse en la historieta. El mismo título de dicha obra refiere de manera subrepticia el traspaso impensado o prohibido de un límite: *Invasión* sitúa la tensión argumental en la defensa territorial y organizada de un grupo de chicos que realizan diferentes actividades para triunfar frente a un agresor que viene de afuera. En un sentido inverso, *El mosquito Lito* no se enfrenta a una amenaza externa, sino que busca durante todo el desarrollo del cuento una manera de expulsar al vector que genera los brotes de dengue en el lugar donde habita. De esta manera, tanto frenando el ingreso de un extraño como propiciando su salida, la historieta y el cuento infantil actualizan y recrean la imagen política y securitaria de una frontera que hay que custodiar y obligar a que se respete, por fuera de perspectivas de trabajo conjunto que se extralimiten de la variable nacional o relacionada con “lo propio” versus la intromisión ajena.

En resumen, y aportando una reflexión final pero que no cierra el debate, puede pensarse que la imagen de la frontera sigue siendo una figura de fuerte peso metonímico, metafórico y, en consecuencia, social y político —cuanto menos—, en relación con los diagnósticos sanitarios y el derecho a la salud como derecho humano, universal e interrelacionado. La referencia a los territorios fronterizos y a la movilidad territorial como factores causales “autoexplicables” de los brotes de dengue obtura la posibilidad de otras construcciones oficiales acerca de la problemática del dengue y, sobre todo, de las condiciones de producción de la incidencia y la prevalencia de esta enfermedad, en tanto dichos elementos también son imprescindibles para la existencia de otras enfermedades resultantes de la desigualdad socioeconómica y urbana. Por esa razón, desactivar los discursos automáticos que se refieren a la importación de enfermedades sin indagar en otros caminos causales, así como conjurar el miedo estatal de reconocer una problemática de salud pública como autóctona, constituyen pasos ineludibles y necesarios para inscribir la discusión sobre el dengue y sus soluciones en

un marco de derecho a la salud, de igualdad y no discriminación, y de una producción de información pública sanitaria desde una perspectiva de derechos. Si otras ramas de la administración estatal de la salud han conseguido modificar premisas centrales de su enfoque, para adecuarlas con una visión más cercana a los derechos humanos y sociales — tal es el caso de la salud sexual y reproductiva—, es tiempo de que las políticas epidemiológicas sobre enfermedades transmitidas por vectores, como es el caso del dengue, recuperen el potencial político de los discursos técnicos para readecuarlos a las obligaciones internacionales que un Estado como Argentina tiene en materia de cumplimiento de derechos sociales. La epidemiología, aunque sea una rama “dura” de los planeamientos sanitarios gubernamentales, no puede desarrollarse a la sombra de una consideración sobre la salud como un derecho humano fundamental, pues de ello no sólo depende el estilo y contenido de formulación de políticas, sino también el cumplimiento de muchas metas al interior de las planificaciones que definen su eficacia y sustentabilidad de resultados. De allí que producir la información adecuada de acuerdo con una visión de derechos, considerando a ésta como materia prima de los diagnósticos y las líneas de acción, se vuelve la lucha que está por detrás de la entrada de una problemática sanitaria en la agenda pública.

## Citas

- 1 Este artículo sintetiza parte de los hallazgos presentados en mi tesis doctoral, titulada “Migraciones limítrofes, derecho a la salud y participación social en políticas sobre dengue. Análisis de los discursos sobre el diagnóstico estatal y las soluciones propuestas (Argentina, 2009-2013)”.
- 2 También puede suceder que una persona que ya tuvo dengue y se contagia de un serotipo diferente pueda contraer formas agravadas de esta enfermedad: el dengue hemorrágico o el síndrome de choque por dengue, ambas letales en un rango del 10 al 40% de los casos. Asimismo, si bien una persona puede contagiarse los cuatro serotipos, hasta el momento se han confirmado hasta tres infecciones en un mismo individuo, según la Guía Dengue para el equipo de salud del Ministerio de Salud de la Nación (3ra. edición, actualización 2013).
- 3 Un ejemplo de estos materiales lo constituye las Guías sobre Dengue para equipos de salud y los módulos de formación para agentes comunitarios en la prevención del dengue, que también forman parte del conjunto de documentos producidos en el marco de la estrategia nacional contra esta

- enfermedad. Para su consulta, están disponibles en <http://www.msal.gov.ar/dengue/index.php/info-equipos>.
- 4 El estancamiento de agua sucede tanto cuando los desagües urbanos son defectuosos, como cuando (y principalmente) las personas que no tienen tendido de agua potable en sus casas se ven obligadas a almacenar agua en recipientes sin tapa para utilizarla durante el día.
  - 5 Los dos tomos de los resultados del Censo 2010 están disponibles en: <http://www.indec.gov.ar/webcenso/>
  - 6 En el apartado de aspectos metodológicos del Censo se define el concepto de "Cobertura por obra social y/o plan de salud privado o mutual" que fue el indicador analizado en este conteo: "admite dos tipos de prestación no excluyentes: a) obra social: se refiere a la cobertura de salud que obtienen los trabajadores y sus familiares mediante afiliación obligatoria o a la cobertura legal que reciben las personas jubiladas o pensionadas. Toda cobertura en salud que dependa total o parcialmente de los descuentos que por ley se le realizan a los trabajadores, se considera como afiliación a una obra social. Por lo tanto, siempre que al trabajador le efectúen descuentos para la obra social se considera que está afiliado a una obra social, independientemente de si además realiza un aporte voluntario para pagar la obra social o si el descuento es derivado a un plan de salud privado o mutual; b) plan de salud privado o mutual: es un sistema de salud caracterizado por la adhesión voluntaria y el pago del servicio por parte del beneficiario en su totalidad. Se excluyen los servicios de emergencias médicas".
  - 7 Los datos oficiales sobre la cobertura de salud siempre deben consignarse en una investigación con esta articulación temática: no obstante, no resulta ajeno al análisis el hecho de que los planes de medicina prepaga constituyen una elección más frecuente en las grandes ciudades del país, y que la mayoría de las personas en el interior de las provincias recurren al sistema público de atención médica. No obstante, los bajos índices de cobertura mediante obra social dan una idea de la precarización o informalidad laboral que constituye una característica de las poblaciones trabajadoras en esas áreas.
  - 8 Tal como refiere el mismo informe del Censo 2010, "la región del Noroeste es la que presenta la proporción más baja de viviendas aceptables. Casi la mitad de sus viviendas particulares requiere algún tipo de reparación para que puedan cumplir con las condiciones adecuadas" (INDEC, 2012: 223). Asimismo, pese a haber reducido esta condición desde el Censo del 2001, las seis provincias donde se concentra la mayor cantidad de viviendas particulares deficitarias son, también y en ese orden, Formosa (49,1%), Santiago del Estero (45,3%), Chaco (42,7%), Misiones (37,3%), Salta (33,4%), y Jujuy (29,5%).
  - 9 Un análisis de esta etapa de folletos se encuentra en GOTTERO, Laura. "Educación para la salud y discursos sobre la migración. Una articulación conflictiva en las políticas sobre epidemiología", en: *Integra Educativa. Revista de Investigación Educativa*, N° 16, enero-abril 2013.
  - 10 Disponibles en <http://www.msal.gov.ar/dengue/index.php/recursos-de-comunicacion/graficos>
  - 11 Es una consulta frecuente la de establecer por cuáles y cuántos centros de salud circularon estos materiales, en qué periodo y cómo se efectuó su difusión. Lamentablemente, en el MSAL esa información sólo circula de manera fragmentaria, sujeta a la memoria de los funcionarios, pero no es objeto de un informe público acerca del tema.
  - 12 Ambos pueden encontrarse en el buscador oficial de recursos y campañas del Ministerio de Salud de la Nación (Argentina): <http://www.msal.gov.ar/dengue/index.php/recursos-de-comunicacion/educativos>.

## Bibliografía

- ALMEIDA FILHO, N. y ROUQUAYROL, M. Z. (2008) *Introducción a la epidemiología*. Buenos Aires, Lugar Editorial.
- BREIHL, J. (2010) La epidemiología crítica: una nueva manera de mirar la salud en el espacio urbano. *Salud Colectiva*; 6 (1), Buenos Aires.
- BUCK, Carol; LLOPIS, Alvaro; NÁJERA, Ernesto; TERRIS, Milton (1998) *El desafío de la epidemiología. Problemas y lecturas seleccionadas*. Washington DC, Organización Panamericana de la Salud.
- CHUIT, Roberto (2000) *El dengue, una realidad hoy*. Boletín de la Asociación Nacional de Medicina, Volumen 78, primer semestre, Buenos Aires.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS Y CENSOS (2010) *Resultados del Censo 2010*. Buenos Aires, INDEC.
- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN (2013). *Invasión*. Buenos Aires, MSAL.
- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN (2013). *El mosquito Lito*. Buenos Aires, MSAL.
- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN (2009-2013). *Materiales de comunicación*. Buenos Aires, MSAL.
- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN (2009). *Boletín Epidemiológico Periódico*. Buenos Aires, MSAL.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2011) *Actualización del dengue en las Américas*. OPS.
- ORTIZ, Zulma (2005) *Las enfermedades de la pobreza desde la Epidemiología*. Revista Médicos Hoy, Confederación Médica Argentina, marzo, Buenos Aires.
- ORTIZ, Z. e INSÚA, I. (2003) *Los meridianos de la pobreza y la enfermedad. El rol de la epidemiología en la medición de la vulnerabilidad social*. Boletín de la Asociación Nacional de Medicina, Volumen 81, segundo semestre, Buenos Aires.

TARRAGONA, Sonia, MONTEVERDE, Malena, MARCHIOTTI, Silvia, CAPORALE, Joaquín, PEREIRO Ana Cristina, PALACIOS Julio Maximiliano (2012) *Dengue en la Argentina: un análisis económico del impacto de la epidemia de 2009*. Salud Colectiva, 8 (2), Lanús.

Recepción: 15 de julio 2015.  
Aprobación: 23 de septiembre de 2015.